

診 断 書

住 所

氏 名 (男 ・ 女)

生年月日 年 月 日 (才)

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 視覚、聴覚、音声機能若しくは言語機能、上肢の機能若しくは精神の機能の障害

☐ なし

☐ 専門家による判断が必要

診断名	
現に受けている 治療の内容	
現在の状況	

2 麻薬、大麻の中毒

☐ なし

☐ あり

診断年月日 令和 年 月 日

医療機関等の名称

医療機関等の所在地

医師の氏名

印